

## Die Substitution zwischen palliativer und kurativer Behandlung

---

Jacques BESSON\*

### Zusammenfassung

*Anhand einer Fallkonstruktion eines chronisch kranken Schwerstabhängigen wird reflektiert, welche Aspekte einer Substitutionsbehandlung kurativer und welche palliativer Art sind. Es werden die Definition der Palliativbehandlung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften vorgestellt und fünf wesentliche Dimensionen zur Behandlung einer Suchterkrankung erörtert sowie auf den Fall angewendet. Abschliessend wird eine ganzheitliche Zugangsweise in der Suchtbehandlung vorgeschlagen, jenseits von «Abstinenzismus» und «Substitutionismus», die den Patienten in den Mittelpunkt stellt und versucht, ihm einen Lebenssinn sowie Perspektiven zur Verbesserung seiner Lebenssituation zu geben. Dabei sollten sich kurative und palliative Versorgung sinnvoll ergänzen.*

Geht man von der angelsächsischen Definition von Abhängigkeit («Addiction») aus, die folgendermassen lautet «Abhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit, welche potenziell tödlich sein kann, aber auch heilbar ist», fallen Suchterkrankungen in den Bereich der chronischen, jedoch grundsätzlich heilbaren Krankheiten. Die Suchtmedizin als relativ junger Zweig der Medizin könnte sich möglicherweise mit Gewinn an den Erkenntnissen und Erfahrungen älterer medizinischer Schwesterdisziplinen orientieren, welche mit derart komplexen Krankheiten umgehen. Wie behandeln Krebspezialisten, Diabetologen und Fachleute der Geriatrie ihre PatientInnen? Was ist palliativ und was kurativ bei ihrem Vorgehen? Unsere immer wieder gestellten Fragen, ob die Substitution eine wirkliche Behandlung ist, und was da eigentlich behandelt wird, könnten so vielleicht Antworten finden.

Man befindet sich auf dem Felde der Substitutionsbehandlungen sicher in einer Zone fortdauernder Missverständnisse mit ideologischen Slogans wie «Methadon kills». Sich auf den verschiedenen Ebenen süchtigen Verhaltens – somatisch, psychisch, motivational – zurechtzufinden, ist alles andere als einfach. Studien zur Spontanremission und Selbstheilung haben gezeigt, wie

\* Prof. Dr. med., Leiter des Dienstes für Gemeindepsychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne

schwierig es ist, sich selbst am Schopf aus dem Sumpf der Abhängigkeit zu ziehen. Wer Abhängige behandelt und dabei Verbesserungen erzielt, sollte also bescheiden bleiben, denn eigentlich kann man nie ganz sicher sein, ob es wirklich die Behandlung war, welche geholfen hat. Die Thematik der Spontanremission wirft zudem eine ganze Reihe philosophischer Fragen auf, etwa nach dem Lebenssinn oder der persönlichen Widerstandskraft und Energie der PatientInnen. Im Folgenden wird reflektiert, welche Aspekte der Substitutionsbehandlung – vorausgesetzt sie ist einmal eine Behandlung – nun palliativ oder kurativ sind.

Der Ausgangspunkt ist ein konstruierter Fall, wie man ihn fast täglich im Behandlungszentrum St. Martin, Lausanne, antreffen kann.

*Pablo Nasuko ist 45 Jahre alt und befindet sich seit 20 Jahren in einer Methadonbehandlung. Er ist HIV-positiv und wird mit einer Triotherapie behandelt. Hinzu kommen eine Hepatitis C und eine chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankung, welche aus einem Alkoholabusus resultieren. Neben der Methadonbehandlung konsumiert er episodisch Heroin, spritzt sich am Wochenende Kokain und fügt dem täglich noch Alkohol, Benzodiazepine und Cannabis hinzu. Seine psychische Gesundheit ist durch schizoide Störungen mit antisozialen Zügen gekennzeichnet. Er sucht das Therapiezentrum eines Tages in einem affektiv aufgewühlten Zustand auf, weil es Probleme in seiner Liebesbeziehung gibt. Letztlich verbringt er seine Zeit damit, sich unablässig mit seinem eigenen Zustand zu beschäftigen. Allerdings beschränkt sich seine Bereitschaft zur Verbesserung seiner Situation darauf, Methadon verschrieben zu bekommen. Seinen Lebensunterhalt bestreitet er durch eine kleine Invalidenrente, wobei er den Grossteil seiner Zeit auf der Gasse im Drogenmilieu verbringt.*

Die Frage ist nun, ob man in diesem in der Tat niederschmetternden Fall, welcher Charakteristika einer schweren chronischen Erkrankung aufweist, eine palliative Behandlung einleiten soll? Es soll sich dabei an den Richtlinien der höchsten Instanz in medizinisch-ethischen Fragen orientiert werden. Wie bereits erwähnt, beschäftigen sich BerufskollegInnen in anderen medizinischen Bereichen seit Langem mit derartigen Fragen.

## **Palliative Versorgung**

Unter palliativer Behandlung und Versorgung ist ein umfassender Zugang und Umgang mit unheilbaren oder fortschreitenden chronischen Krankheiten zu verstehen. Es geht darum, während einer längeren oder weniger langen Phase die Lebensqualität eines Patienten bis zu seinem Tod zu erhalten. Dabei soll in erster Linie das Leiden vermindert werden, was selbstverständlich auch soziale, moralische, spirituelle und religiöse Aspekte enthält. Die Bedürfnisse und Wünsche der PatientInnen sollen möglichst mit einbezogen werden in einem Prozess des Aushandelns der palliativen und kurativen Behandlungs- und Versorgungsprozesse.

Eine Palliativbehandlung umfasst nach Auffassung der medizinischen Akademie Werte wie Respekt vor dem Leben, aber auch Akzeptanz der Endlichkeit und Sterblichkeit des Menschen. Die Würde und die Autonomie des Patienten stehen im Zentrum des therapeutischen Handelns. Eine Priorität besteht nicht nur darin, die Schmerzen zu mindern, sondern insbesondere auch weitergehende Probleme lebensbedrohlicher Krankheiten wie die Angst vor dem Sterben anzugehen. Dabei dürfen die Rehabilitationsaspekte der palliativen

Therapie nicht vergessen werden, denn auch in der Endphase des Lebens ist Rehabilitation noch möglich. Die ethische Basis des palliativen Handelns ist die «aufgeklärte Übereinstimmung» (informed consent) zwischen Behandelten und Behandelnden, also eine Partnerschaft mit den Patienten. Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Palliativtherapie ist das dauernde und vernetzte Arbeiten der an diesem Prozess beteiligten Berufsgruppen. Palliative Versorgung kann nicht allein geschehen, sondern sie ist immer eine kollektive Aufgabe. Das gemeinsame Handeln und die Umsetzung des Wissens wird gemeinsam konstruiert. Es ist bedauerlich festzustellen, dass die Ausbildung palliativer Versorgung – auch im Suchtbereich – noch so mager ist.

In den Erörterungen der medizinischen Akademie kommen auch mit der Palliativbehandlung verbundene potenzielle Risiken zur Sprache. So wird bereits davor gewarnt, eine palliative Versorgung ausschliesslich auf die Verschreibung von Opiaten zu beschränken, wobei sich das auf palliatives Handeln in der Onkologie bezieht. Auch das Risiko der Überspezialisierung der Versorgung wird erwähnt. Hingewiesen wird auch auf die Gefahr, über zu viel Palliativtherapie noch mögliches kuratives Handeln zu vergessen. Unangemessen und unethisch wäre es auch, eine palliative Versorgung und Behandlung aus rein wirtschaftlichen Gründen durchzuführen.

Auf die komplexe Frage, woraus die Behandlung einer komplexen Krankheit besteht, lässt sich erst einmal nur antworten: aus einer komplexen Behandlung. Krankheiten mit bio-psycho-sozio-spirituellen Dimensionen wie Suchtkrankheiten bedürfen bio-psycho-sozio-spiritueller therapeutischer Zugänge. Genauso sollte auch die nicht minder wichtige Frage beantwortet werden, was ein Patient ist. In erster Linie eine komplexe Person, die in vielerlei Hinsichten zu respektieren ist. Mit Einschränkungen sind dabei – vor allem in der Ausbildung von Medizinstudierenden bzw. in der Fortbildung von BerufskollegInnen fünf Dimensionen zu beachten.

## **Fünf wesentliche Dimensionen zur Behandlung einer Suchterkrankung**

Ein kurzer Fragebogen kann behilflich sein, sich die wichtigsten Dimensionen einer Suchtbehandlung in Erinnerung zu rufen (Rapid Addiction Profile, vgl. Abb.1). Darauf lässt sich leicht eintragen und erkennen, wo ein Patient im Fall einer Suchterkrankung konkret steht. Die Zahl der erhaltenen Kreuze bestimmt dann den Grad (1 bis 4) und das Ausmass der therapeutischen Intervention. Grad 1 bedeutet dabei «keine Intervention», Grad 2 «zusätzliche Untersuchungen», Grad 3 «zusätzliche Behandlung» und Grad 4 kann mit «Notfall, Krisensituation» umschrieben werden, diese führt oft zu einer Spitaleinweisung.

## Fragebogen RAP (RAPID ADDICTION PROFILE)

Name: Vorname: Geburtsdatum Geschlecht:

Datum Interviewabschluss: Interviewer:

### I. Somatische Ebene

- 1  Guter Allgemeinzustand, negative Serologie (HIV, Hepatitis B und C)
- 2  Positive Serologie, leicht verminderter Allgemeinzustand, Zahnprobleme, Hygieneprobleme, Abszesse ohne Komplikationen
- 3  Aktuelle HIV-Tripeltherapie, chronische Hepatitis, somatische Begleiterkrankungen (Diabetes etc.), Abszesse mit Komplikationen
- 4  AIDS (Erkrankung), Endokarditis, Pankreatitis, schwere neurologische Störung

### II. Psychiatrische Ebene

- 1  Keine anderen Krankheitsdiagnosen ausser Missbrauch und Abhängigkeit gemäss ICD 10, DSM IV
- 2  Diagnose auf Achse II nach DSM IV (Persönlichkeitsstörung), Polytoxikomanie
- 3  Diagnose eines Syndroms auf Achse I nach DSM IV (z.B. bipolare Störung, Schizophrenie, manifeste Depression)
- 4  Mehrere akute oder invalidisierende psychiatrische Diagnosen

### III. Motivationsebene

- 1  Kollaborativer Patient, problembewusst, motiviert für die Behandlung
- 2  Kollaborativer Patient, teilweise problembewusst, der Behandlung gegenüber ambivalent
- 3  Patient kommt auf Druck Dritter zur Behandlung, teilweise Verleugnen der persönlichen Probleme, steht der Behandlung zurückhaltend gegenüber
- 4  Ablehnender Patient, kommt zwangsweise, Verleugnung des Problems, sieht den Sinn der Behandlung nicht ein

### IV. Krisenebene

- 1  Unterstützender Partner, Familie setzt klare Grenzen, bestimmter, aber verständnisvoller Arbeitgeber
- 2  Familie mit unklarer Einstellung, Partner ebenfalls abhängig, kollaborativer Arbeitgeber
- 3  Ablehnende Familie, Partner unter Drogen, im Bereich Arbeitsleben keine Ansatzpunkte
- 4  Gewalt in Ehe und Familie, akute Krise in der Umgebung des Patienten

### V. Ressourcenebene

- 1  Bezieht Lohn, hat Wohnung, keine rechtlichen Probleme, aktives soziales Leben
- 2  Arbeitslos, prekäre Wohnverhältnisse, rechtliche Probleme, reduziertes soziales Leben, berufliche Ausbildung vorhanden
- 3  Bezieht Sozialhilfe, keine eigene Wohnung, gerichtliches Verfahren, erhebliche Schulden, keine Berufsausbildung vorhanden, kein Sozialleben ausser «Szene»
- 4  Ohne feste Wohnung, vollständige Randständigkeit, Gewaltdelinquenz

## Präsentation

---

Die Alkoholabhängigen und Toxikomanen sind sehr verschieden. Sie können verschiedenste medizinisch-psychologisch-soziale Probleme verschiedenen Schweregrades aufweisen. Das macht es schwierig, diese Patienten zu untersuchen; sie sind oft nur wenig motiviert und befinden sich in verschiedenen Stadien einer Krise. Es gibt verschiedene Suchtmessinstrumente. Diese schliessen jedoch selten alle relevanten Ebenen mit ein, speziell nicht trans-theoretisch (z.B. motivierend **und** systemisch orientiert). Überdies handelt es sich um Forschungsinstrumente, für die eine spezielle Ausbildung und ein grosser Zeitaufwand nötig ist.

Aus diesen Gründen haben wir dieses mehrdimensionale Suchtprofil erarbeitet, welches die Untersuchung und klinische Bewertung in der praktischen Arbeit erleichtern soll, speziell auch durch Ärzte in der Grundversorgung. Dieses Profil versucht, eine knapp gehaltene Synthese der verschiedenen bei der Betreuung in einem multidisziplinären Netzwerk wichtigen Ebenen zu bieten (somatisch, psychiatrisch, Aspekte der Motivation, Krise, Ressourcen). Mit dem Profil können auch die Prioritäten bei der Betreuung definiert werden.

Betrachtet man die fünf Ebenen im einzelnen, so findet sich erst einmal die körperliche Dimension wie Leber, Viren, Hygiene, Zähne, Schwangerschaft etc. Dann kommt zweitens die psychiatrische Ebene mit den Abhängigkeiten und ihren Komorbiditäten auf Achse 1 und 2 des Diagnosesystems DSM IV. Drittens folgt die motivationelle Dimension, welche unabhängig von der Schwere der somatischen und psychiatrischen Störungen ist. Schliesslich kommt viertens eine Dimension von «Krise» hinzu, welche danach fragt, warum der Patient gerade jetzt und nicht zu einem anderen Zeitpunkt um Hilfe nachsucht. Schliesslich muss fünftens noch die Dimension der Ressourcen hinzugefügt werden. Wo sind mögliche Hebel, an denen die Hilfe ansetzen könnte.

Man hat in der Psychiatrie in der Folge der Psychoanalyse sehr viel nach den Ursachen von psychischen Störungen geforscht. Neuerdings – auch auf der Basis des salutogenetischen Paradigmas von Antonovsky – stehen heute mehr «lösungsorientierte» therapeutische Ansätze im Vordergrund. Statt zurückzublicken und zu fragen, warum es der Patientin schlecht ging, wird nun der Blick auf die Zukunft gerichtet, um die Ressourcen zu entdecken, die für eine Besserung wichtig sind.

Wie kann man schliesslich das Palliative und Kurative zusammenbringen, zentriert auf die Persönlichkeit des Patienten in seiner komplexen Situation? Um diese Frage zu beantworten kann es helfen, sich das «Serenitäts-Gebet» der Anonymen Alkoholiker in Erinnerung zu rufen. Bei diesen Zeilen könnten die Stoiker, jene philosophische Schule zur Römerzeit, die schon Kaiser Marc Aurel beeinflusst hatten, Pate gestanden haben.

- Herr (wahlweise höchstes Wesen etc.), verleihe mir den Mut, die Dinge zu ändern, die ich ändern kann (das kurative Element)
- Gib mir die Gelassenheit, die Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann (Respekt der Endlichkeit).
- Und schenke mir die Weisheit, das eine von dem anderen zu unterscheiden (das palliative Element).

## Anwendung auf die Fallstudie

Bezogen auf den komplexen und schweren Fall des Pablo Nasuko lässt sich das Rapid Addiction Profile mit den fünf Dimensionen und vier Graden folgendermassen anwenden.

*Der Patient erhält den Wert 3 auf der somatischen Dimension, denn es sind verschiedene kurative Behandlungen durchzuführen (die Triotherapie, die Therapie der Pankreatitis). Auf der psychiatrischen Ebene liegt der Screeningwert ebenfalls bei 3, denn auch hier besteht eine Notwendigkeit psychiatrischer Behandlung der vorliegenden psychoaffektiven Störungen. Aufgrund der Drogenabhängigkeit dürfen dem Patienten eine angemessene psychiatrische Behandlung mit Neuroleptika sowie eine zusätzliche psychotherapeutische Therapie nicht vorenthalten werden. Im Bereich der motivationalen Einstellungen muss die Einstufung ebenfalls beim Grad 3 liegen, denn Pablo Nasuko ist nicht motiviert, an einer Veränderung seiner Situation zu arbeiten. Dazu könnte die Teilnahme an motivationellen Gesprächen förderlich sein. Die Dimension der Krise ist in diesem komplexen Fall ebenfalls einschlägig, denn der Bruch der Liebesbeziehung und die Partnerschaftsprobleme sollten aufgearbeitet werden. Was die Ressourcen und damit die fünfte Dimension des Fragebogeninstruments angeht, so könnte man sagen, dass das Drama dieses Mannes vor allem darin besteht, keine Beschäftigung zu haben und damit sozial aus der Gemeinschaft und der Gesellschaft ausgeschlossen zu sein. Hier besteht also ein grosses Problem der psychosozialen Rehabilitation und der gesellschaftlichen Reintegration, um zu einer wirklichen Verbesserung der Situation («Recovery») zu gelangen.*

Nun kann man gleichwohl nach der Notwendigkeit einer palliativen Versorgung für den beschriebenen Fall fragen. Hinsichtlich des palliativen Zugangs scheint hier eine gewisse Bescheidenheit angebracht. Somatisch wird der Patient mit seinen Krankheiten und Infektionen länger zu tun haben. Die psychoaffektiven Störungen haben bekannterweise eine chronische Dimension. Eine Suchtkrankheit tendiert immer dazu, einen grossen psychischen und psychosozialen Raum im Leben der Betroffenen einzunehmen. Hinsichtlich der Motivationsebene ist einzuräumen, dass trotz aller Wirksamkeit der motivationalen Gesprächsführung diese Technik bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen ihre Grenzen hat. Auch scheint es schwierig, jemanden mit einer Invalidenrente zu besonderen Anstrengungen zu motivieren, seine soziale und berufliche Situation zu verändern. Dabei handelt es sich um ein wirkliches Problem unseres Systems der sozialen Sicherheit. Die Beziehungskrisen, die den Patienten beunruhigen, existieren auch nicht erst seit gestern und werden wohl noch fortauern. Nimmt man die Dimension der Ressourcen dazu, so ist die Drogenszene immer noch kulturell attraktiv genug, um Abhängige anzuziehen. Das oben entwickelte Schema der fünf Dimensionen einer Suchtbehandlung lässt sich somit auch auf die palliative Behandlung anwenden.

## Schlussfolgerungen und Perspektiven

Abschliessend sollen einige Zukunftsperspektiven entwickelt werden. An erster Stelle ist die Bindung der Substitutionsbehandlungen an ideologische Sichtweisen anzusprechen. So wie man einem «Abstinenzismus» anhängen kann, so kann man auch im «Substitutionismus» enden. Beides ist abzuleh-

nen. Stattdessen sind moralische Werturteile durch eine strikt klinische Beurteilung innerhalb eines medizinisch-psychosozialen Teams zu ersetzen. Das sollte im Rahmen einer ganzheitlichen Zugangsweise geschehen, die den Patienten in den Mittelpunkt stellt und versucht, ihm einen Lebenssinn sowie Perspektiven für ein tragfähiges Projekt der Verbesserung seiner Lebenssituation zu geben. Das verlangt eine gewisse Disziplin, denn PatientInnen und Kontexte wandeln sich. Die Menschen werden älter, es treten neue Ereignisse auf, Widerstandskräfte entwickeln sich und dann geht das Leben sowieso weiter. Alles das sollte uns dazu bringen, die Situation der Patienten stets neu einzuschätzen. Nichts ist unbefriedigender als eine Substitutionsbehandlung, welche irgendwann einmal begonnen hat und bis zu einem unbekanntem Punkt fort dauert, ohne dass man eigentlich noch weiss warum.

Eine weise Schlussfolgerung hinsichtlich der Substitutionsbehandlungen kann also nur lauten, strikt klinische Beurteilungen im Rahmen interdisziplinärer Behandlungsansätze vorzunehmen, bei denen sich eine kurative und palliative Versorgung sinnvoll ergänzen.

## **Summary**

---

### *Substitution between palliative and curative treatment*

The author reflects on a fictitious case of a chronically ill, most severe addict to illustrate which aspects of substitution treatment are curative, and which are of a palliative nature. He explains palliative treatment as defined by the Swiss Academy of Medical Science and describes the five primordial dimensions of treatment for addictive disorders as these are applied in this case. In conclusion he proposes a holistic approach in addiction medicine that transcends mere «abstinence-ism» and «substitution-ism» by focusing on the patient, trying to give him or her a reason to live, and offering him or her visions to improve his or her life situation. Curative and palliative care should complement each other to this end.

## **Résumé**

---

### *La substitution entre traitement palliatif et curatif*

Le cas clinique d'un malade chronique très fortement dépendant reflète quels aspects d'un traitement de substitution sont de nature curative et lesquels sont de nature palliative. La définition du traitement palliatif selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales est présentée et cinq dimensions primordiales pour le traitement d'une dépendance sont abordées et appliquées à la pratique. Enfin, une approche globale du traitement de la dépendance est proposée, au-delà de «l'abstinence-isme» et du «substitution-nisme», qui donne au patient une place centrale et tente de donner un sens à sa vie ainsi que des perspectives d'amélioration de sa situation. Pour ce faire, les soins curatifs et palliatifs devraient se compléter intelligemment.

## **Korrespondenzadresse**

Jacques Besson, Service de psychiatrie communautaire du Département de psychiatrie - CHUV, Rue St Martin 7, 1003 Lausanne, E-Mail: jacques.besson@chuv.ch